Uppföljningsrapport över klient- och patientsäkerheten 2025

Helsingfors social- och hälsovårdstjänster

Innehåll

Inledning ... **3**

1. Ledning av och uppföljningsgrupp för klient- och patientsäkerhet ... **4**

2. Nationella nätverk och regionalt samarbete ... **4**
2.1. Nationella nätverk och arbetsgrupper ... 4
2.2. Regionalt samarbete ... 5

3. Anordnade utbildningar ... **6**

4. Egenkontroll och tillsyn ... **6**
4.1. Egenkontroll inom Helsingfors social-, hälsovårds- och räddningssektor ... 6

5. Anmälningar om missförhållanden och incidenter ... **7**
5.1. Incidenter ... 8
5.2. Anmälningar om missförhållanden ... 11
5.3. Anmälningar om incidenter av klienter, patienter och närstående ... 12
5.4. Allvarliga incidenter ... 13

5. Patientskador ... **13**

6. Anmärkningar och klagomål ... **14**

7. Säker läkemedelsbehandling ... **15**

8. Infektionssäkerhet ... **17**
8.1. Förbrukning av handsprit ... 17
8.2. Vårdrelaterade infektioner (VRI) ... 17
Multiresistenta mikrober och Clostridioides difficile ... 17
Mängden nya MRSA-bärare i Helsingfors ... *18*
Mängden nya ESBL-bärare i Helsingfors ... *18*
Clostridioides difficile-infektioner i Helsingfors ... *18*

9. Medicinteknisk säkerhet ... **18**

10. Stärkande av klienternas och patienternas delaktighet ... **19**

11. Personalens delaktighet ... **19**

12. Social- och patientombudens observationer ... **20**

13. Klient- och patientsäkerhetsstrategin och självutvärdering 2025 ... **21**
13.1. Kvantitativa indikatorer för klient- och patientsäkerhet ... 22

14. Avslutningsvis ... **22**

Inledning

Helsingfors stad ansvarar för att anordna social- och hälsovårdstjänster och räddningsväsendet i sitt område. Vårt mål är att erbjuda trygga och smidiga tjänster för helsingforsborna. Vi lovar också att genomföra trygga och högkvalitativa tjänster jämlikt för alla stadsbor (Stadsstrategi och servicestrategi) och regelbundet granska hur klient- och patientsäkerheten förverkligas i all tjänsteproduktion (Program för egenkontroll; Kvalitetskontroll av tjänster).

Klient- och patientsäkerheten är en del av den övergripande kvaliteten inom social- och hälsovården. Tjänsterna ska vara av hög kvalitet, säkra och korrekt utförda. De ska vara baserade på evidens, effektfullhet och god praxis. Dessutom ska tjänsterna erbjudas och genomföras i rätt tid och vara klient- och patientorienterade.

Under 2025 riktades betydande uppgifter och arbete fortfarande mot genomförandet av lagen om tillsyn över social- och hälsovården (hädanefter tillsynslagen) som trädde i kraft i början av 2024. Bland annat har man utvecklat rapporteringen av egenkontroll. Dessutom styrdes arbetets prioriteringar av klient- och patientsäkerhetsstrategin och dess genomförandeplan. Inom sektorn var år 2025 var temaåret för säker läkemedelsbehandling.

I denna uppföljningsrapport om klient- och patientsäkerheten inom social-, hälsovårds- och räddningssektorns social- och hälsovårdstjänster beskrivs situationen och förändringarna inom sektorns klient- och patientsäkerhet. Vi berättar även om den utveckling som har skett under året. Sakkunniga inom social-, hälsovårds- och räddningssektorn samt en uppföljningsgrupp för klient- och patientsäkerhet har deltagit i utarbetandet av rapporten. Rapporten har sammanställts vid Enheten för stöd för kvalitet och tillsyn inom sektorns gemensamma tjänster.

1. Ledning av och uppföljningsgrupp för klient- och patientsäkerhet

Ledningen av klient- och patientsäkerheten utgör en del av ledarskapet och ansvaren beskrivs i vår verksamhetsstadga. Ansvaret för riskhantering och utnyttjande av erhållen information för utveckling ligger hos sektorns chefer för servicehelheterna och andra förmän. Varje arbetstagare ansvarar för att producera klient- och patientsäkra tjänster, identifiera missförhållanden och incidenter i det dagliga arbetet och anmäla dem till förmannen i enlighet med anmälningsskyldigheten. Förmannen ansvarar för att skapa rutiner som stöd för genomförandet av klient- och patientsäkerheten i praktiken.

Uppföljning och utvärdering av genomförandet hör till alla och de som har ledningsansvar ansvarar för det som en del av verksamheten. Under 2025 erbjöds stöd för ledning av klient- och patientsäkerheten och sammanställning av information från Enheten för stöd för kvalitet och tillsyn inom sektorns gemensamma tjänster.

Förverkligandet och uppföljningen av klient- och patientsäkerheten stöds av uppföljningsgruppen för klient- och patientsäkerhet samt egenkontroll som utsetts av sektorchefen och vars centrala uppgifter är att:

- följa upp och rapportera egenkontrollen inom Helsingfors egen tjänsteproduktion
- samordna enhetlig praxis inom sektorn, t.ex. genom att följa upp arbetssätt och föreslå ny praxis för ledningsgruppen
- lyfta fram observationer om klient- och patientsäkerheten
- rapportera om klient- och patientsäkerheten till servicehelheterna och sektorns ledningsgrupp
- informera sektorn om ny praxis
- kommunicera (internt och externt)
- fungera som sakkunnigstöd inom klient- och patientsäkerhet för förmän och personal.

I uppföljningsgruppen finns representanter för alla familje- och socialtjänster, sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänster samt hälsovårds- och beroendetjänster. Dessutom har gruppen en utsedd personalrepresentant. Från de gemensamma tjänsterna deltar sakkunniga inom klient- och patientsäkerhet, vårdarbete, medicinteknisk utrustning och säker läkemedelsbehandling, representanter för säkerhetsenheten, ett patient- och socialombud samt kvalitetschefen som fungerade som uppföljningsgruppens ordförande. I uppföljningsgruppen deltog också representanter för HUS Apotek.

Uppföljningsgruppen sammanträdde sju gånger under året. Teman som behandlades var rapportering av egenkontroll, läget inom genomförandet av klient- och patientsäkerhetsstrategin nationellt och inom sektorn samt delning av nätverk och ny information. Under sammanträdena hördes regelbundet en översikt över framstegen i införandet av digitala pass för medicinteknisk utrustning samt läget inom säker läkemedelsbehandling och infektionsbekämpning.

2. Nationella nätverk och regionalt samarbete

2.1. Nationella nätverk och arbetsgrupper

Vi deltog aktivt i Klient- och patientsäkerhetscentrets olika arbetsgrupper. Utsedda representanter ingick under 2025 i följande sammansättningar:

- Egenkontrollens praxisarbetsgrupp (kvalitetschef, stöd för kvalitet och tillsyn)
- Konsensusgrupp för indikatorer (specialplanerare, stöd för kvalitet och tillsyn)

Dessutom har personer från vår sektor deltagit i alla öppna tillställningar, till exempel No harm-webbseminarier, tillställningar som anordnats av No harm experts-nätverket och det nationella nätverket för medicinteknisk säkerhet samt beredningen av den kommande klient- och patientsäkerhetsstrategin. Vi har en representant i sakkunniggruppen för sociala sektorn. Personer från sektorn deltog också i det nationella klient- och patientsäkerhetsseminariet.

Klient- och patientsäkerhetscentret har via olika arbetsgrupper och nätverk skickat flera olika verktyg och material för kommentarer och utlåtanden som vi har kommenterat under 2025.

År 2025 deltog vi för sjätte gången i Världshälsoorganisationen WHO:s årliga internationella patientsäkerhetsdag. Dagen firades den 17 september med temat ”säker vård och omsorg för alla nyfödda och barn”. Inom sektorn firades klient- och patientsäkerhetsveckan 15–19.9.2024. Den 16 september 2025 anordnade vi ett gemensamt webbseminarium relaterat till temat för social- och hälsovården, med drygt 120 deltagare från olika enheter inom social- och hälsovården.

Helsingfors hjälpmedelstjänster anordnade en två dagar lång nationell konferens där man bland annat behandlade en säker hjälpmedelsprocess under hela levnadsloppet.

2.2. Regionalt samarbete

HUS temagrupp för egenkontroll sammanträdde 10 gånger under 2025. Ett sammanträde var ett temamöte om läkemedelsbehandling med en breddad deltagargrupp. I temagruppen stod genomförandet av tillsynslagen och genomförandet av anordnarens tillsyn i Nylands välfärdsområden, Helsingfors och HUS i centrum för samarbetet. Dessutom har man tangerat till exempel läget inom genomförandet av klient- och patientsäkerhetsstrategin och områdets gemensamma riktlinjer och indikatorer. Temagruppen för egenkontroll anordnade i oktober en gemensam utbildningsdag för de som utövar och leder tillsynen i Nyland som serviceanordnare.

Nylands nätverk för medicinteknisk säkerhet sammanträdde tre gånger. Under sammanträdena löste man utmaningar inom hantering av medicinteknisk utrustning och diskuterade framtida visioner. Från sektorn deltog en ledande sakkunnig och planerare från Enheten för stöd för kvalitet och tillsyn i arbetsgruppen i fråga.

Man har sammanträtt regelbundet med **HUS Apotek** och diskuterat bland annat samordningen av säker läkemedelsbehandling, auditering av säker läkemedelsbehandling som utförts av HUS Apotek samt inspektioner av begränsade läkemedelslager. HUS Apotek producerar två gånger om året en rapport om egenkontroll med fokus på säker läkemedelsbehandling.

Samarbetet med HUS Medicinteknik: teamet inom medicinteknisk utrustning vid Enheten för stöd för kvalitet och tillsyn deltog i samarbetsmöten som hålls en gång i månaden, vars syfte är att utveckla de dagliga processerna för hantering av medicinteknisk utrustning. Dessutom deltog den ledande experten och kvalitetschefen i avtalsuppföljningsmöten två gånger under året.

HUS och Nylands regions LAVASPO- samarbetsgrupp sammanträdde fyra gånger under 2025. Samarbetsgruppens uppgift är att stärka samarbetet i utvecklingen av kvalitet, tillsyn samt klient- och patientsäkerhet. I arbetsgruppen representeras Helsingfors av kvalitetschefen och en specialsakkunnig inom mun- och tandvård.

3. Anordnade utbildningar

Kontinuerligt lärande och uppdaterade kunskaper och färdigheter är centrala för att klient- och patientsäkerheten ska kunna förverkligas. Personalen har under hela året haft möjlighet att utföra kurserna Kvalificerad klient- och patientsäkerhet och Kvalificerad klientsäkerhet som finns i portalen Potilasturvaportti. Dessutom finns det möjlighet att utföra nät kursen om patientsäkerhet eller delar av den i Duodecims Oppiportti.

För personalen och separat för förmän anordnas regelbundet Teams-utbildningar i anknytning till rapportering av incidenter och missförhållanden samt för förmän behandlingen av anmälningar i systemen. Utbildningar om anmälningsskyldighet enligt lagen om tillsynen över social- och hälsovården anordnades två gånger under året. För förmän och andra som behandlar anmälningar anordnades behandlingsutbildningar fyra gånger. Två utbildningar anordnades om användningen av avsnittet om utredning av allvarliga incidenter. Cirka 150 personer deltog i utbildningarna.

Dessutom hölls sex Teams-tillfällen med information om aktuella frågor inom egenkontroll och klient- och patientsäkerhet för hela personalen. Närmare 400 personer deltog i informationstillfällena under året. Enheterna eller tjänsterna önskade riktade informationstillfällen eller utbildningar som anordnades 11 gånger under året.

Totalt anordnades 25 utbildnings- och introduktionstillfällen om användningen av digitala utrustningspass för förmän och arbetstagare.

4. Egenkontroll och tillsyn

4.1. Egenkontroll inom Helsingfors social-, hälsovårds- och räddningssektor

Som anordnare av social- och hälsovårdstjänster utövar Helsingfors tillsyn över både de tjänster som man själv producerar och de tjänster som anordnas på annat sätt, till exempel med servicesedel eller som köpt tjänst. Alla serviceproducenter övervakas enligt samma kvalitetskriterier. Som anordnare av social- och hälsovårdstjänster står tillgången till tjänster, deras kontinuitet, jämlikhet, tillgänglighet, kvalitet samt klient- och patientsäkerhet i centrum för egenkontrollen. Vi övervakar klient- och patientsäkerheten inom tillsynen av serviceproducenter till exempel genom att säkerställa att den personaldimensionering som krävs förverkligas i alla serviceenheter, genom att tillse hur man reagerar på avvikelser samt genom att tillse säkerheten i lokalerna.

Som anordnare har vi rapporterat om genomförandet av egenkontrollen, de observationer som gjorts i samband med den samt de utvecklingsåtgärder som genomförts utgående från observationerna tre gånger under året. Rapporten om egenkontroll på sektornivå har beretts av sektorns tillsynsarbetsgrupp tillsammans med Enheten för stöd för kvalitet och tillsyn. Som serviceproducent har vi också rapporterat tre gånger om året. Rapporten om producentens egenkontroll har beretts av sektorns uppföljningsgrupp för klient- och patientsäkerhet samt egenkontroll tillsammans med Enheten för stöd för kvalitet och tillsyn och andra sakkunniga inom sektorns gemensamma tjänster. Båda rapporterna har efter behandling av sektorns ledning publicerats på stadens externa webbplats både på finska och på svenska.

Helsingfors egna serviceenheters egenkontroll grundar sig på planen för egenkontroll som varje enhet utarbetar utifrån Helsingfors social-, hälsovårds- och räddningssektors gemensamma mall. Skrivandet styrs av direktivet (TOIM019), som senast uppdaterades våren 2025. Anmälningssystemen för missförhållanden och incidenter, HaiPro och SPro,

är viktiga verktyg inom egenkontrollen. Hanteringsstrukturerna för anmälningar är enhetliga oavsett system.

Vi fick handledning från tillsynsmyndigheterna både målinriktat i anslutning till en viss tjänst och mer allmänt i form av styrningsbrev och -besök (2) som adresserades till anordnaren av social- och hälsovårdstjänster. Dessutom träffade riksdagens biträdande justitieombudsman ledningen för sektorn under ett inspektionsbesök i början av året. Den handledning som tillsynsmyndigheten gett har till stor del förankrats via sektorns tillsynsarbetsgrupp genom att man funderat över gemensamma åtgärder samt med hjälp av intern kommunikation. En intern revision riktades mot sektorns tillsyn av serviceproducenter under hösten. Åtgärderna i enlighet med de utvecklingsbehov som lyfts fram i inspektionsrapporten genomförs under 2026.

5. Anmälningar om missförhållanden och incidenter

Inom sektorn säkerställer vi klient- och patientsäkerheten i det dagliga arbetet, och utvecklingsbehov och risker identifieras som en del av verksamheten. När vi identifierar risker och missförhållanden strävar vi efter att identifiera och observera dem proaktivt så att nödvändiga åtgärder kan vidtas innan oönskade händelser inträffar.

Tillsynslagen (741/2023) förpliktar personal inom social- och hälsovården att anmäla missförhållanden, om de i sina uppgifter upptäcker eller får kännedom om ett missförhållande eller en uppenbar risk för ett missförhållande vid tillhandahållandet av social- och hälsovård för klienten eller patienten eller upptäcker eller får kännedom om en lagstridighet av annat slag. Det primära målet med förfarandet för rapportering av missförhållanden och incidenter i anslutning till klient- och patientsäkerheten är att förbättra klient- och patientsäkerheten. Arbetstagarna rapporterar primärt missförhållanden, incidenter eller hot om dem till sin egen förman via de system som används. Tillbud och incidenter som riktas mot klienter och patienter rapporteras i HaiPro-systemet för rapportering av incidenter i anknytning till klient- och patientsäkerheten. För att rapportera missförhållanden inom socialvården används SPro-systemet.

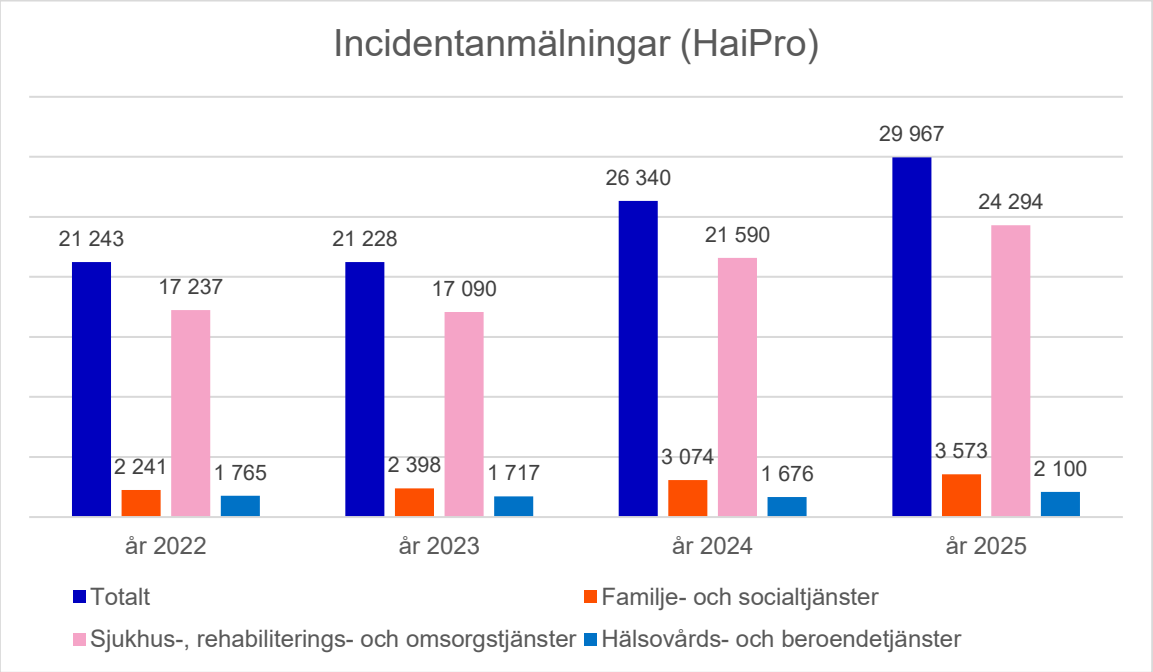
Hanteringen av incidenter, observerade missförhållanden och tillbud omfattar att föra dem på tal, registrera dem, analysera dem, vidta nödvändiga åtgärder och rapportera dem. Behandlingen omfattar en öppen och konstruktiv diskussion med arbetstagare, klienten och vid behov anhöriga och närstående. En öppen och konstruktiv stämning för diskussion hjälper till att bygga upp en god säkerhetskultur vid arbetsenheterna. Det är särskilt viktigt att diskutera inträffade situationer på enheternas möten tillsammans med arbetstagarna och tillsammans fundera över metoder för att förebygga och förhindra incidenter. Om det inträffar en allvarlig negativ händelse som eventuellt har orsakat följder som kräver ersättning, informeras klienter eller anhöriga om att ansöka om ersättning.

Servicehelheterna, tjänsterna, enheterna och arbetsenheterna ansvarar för uppföljningen och behandlingen av anmälningar som en del av ledningen av den egna verksamheten. Sektorns gemensamma tjänster erbjuder stöd och utbildning i användningen av systemen. Sammanfattningar som rör hela sektorn och servicehelheterna för 2025 presenteras våren 2026 i nämnden och personalkommittéerna som en del av årsöversikten över egenkontroll och klient- och patientsäkerhet.

5.1. Incidenter

Antalet anmälningar anger i första hand hur väl vi kan identifiera eventuella avvikelser, missförhållanden och tillbud samt hot om sådana och hurdan anmälningsaktivitet arbetsenheten har. Om antalet anmälningar är mycket litet har vi fäst särskild uppmärksamhet vid att personalen känner till och kan anmälningsprocesserna och att förmännen skapar en säker kultur för att ta upp observerade missförhållanden och tillbud. Ett litet antal anmälningar indikerar alltså inte att det inte skulle inträffa några incidenter alls i tjänsten, och inte heller ett högt antal anmälningar indikerar automatiskt säkerhetsbrister i tjänsten.

Under 2025 har antalet anmälningar fortsatt att öka. Ökningen av antalet anmälningar år 2024 berodde till största delen på att trygghetstelefontjänsten på Palvelukeskus Helsinki började göra anmälningar till HaiPro om till exempel klienternas fallolyckor under sina besök. Dessa anmälningar om fallolyckor har förblivit oförändrat. Ökningen av antalet anmälningar år 2025 har fördelats jämnare över alla servicehelheter, sannolikt handlar det om att vi i och med tillsynslagen fäster mer uppmärksamhet än tidigare vid anmälningar av missförhållanden och incidenter och behandlingen av dem. (Figur 1.)

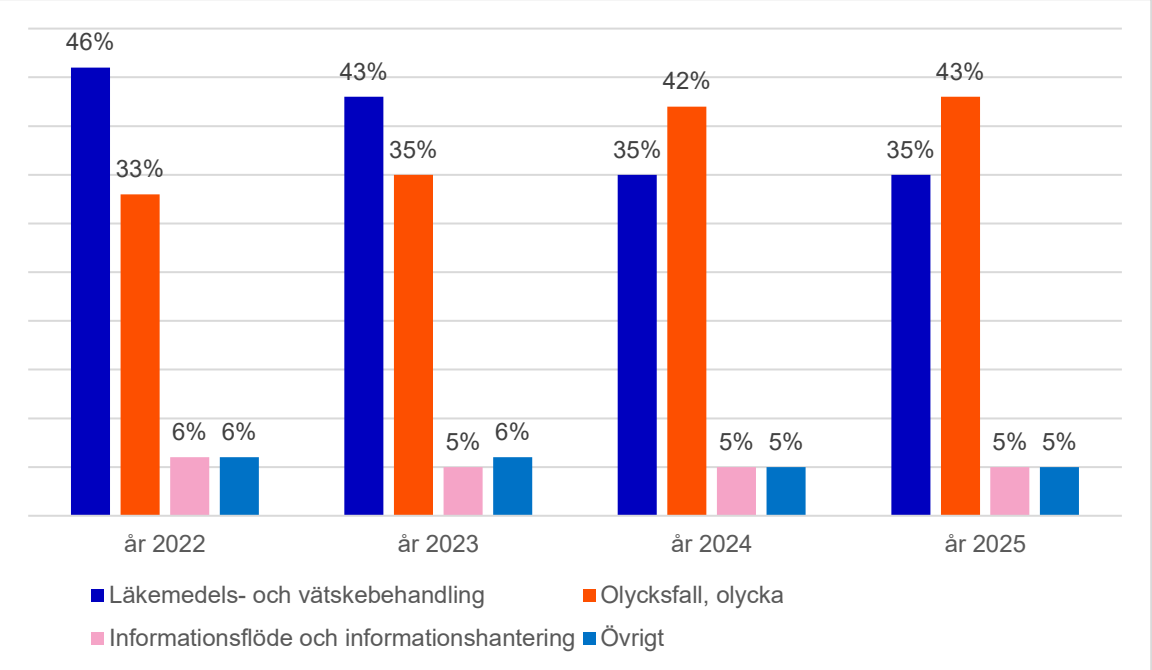


Figur 1. Incidentanmälningar åren 2022–2025

Över hälften (54 %) av alla incidentanmälningar har gjorts av närvårdare. Sjukskötare gjorde 24 procent av anmälningarna. Yrkesgrupperna är de största inom social-, hälsovårds- och räddningssektorn.

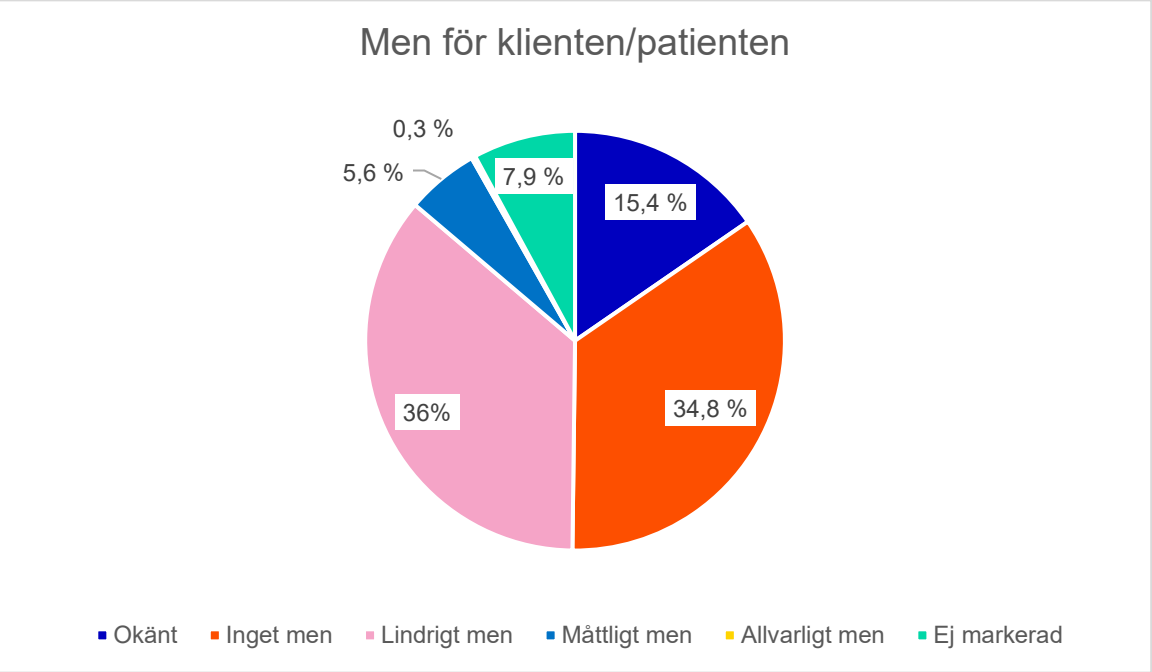
Av anmälningarna har 84,5 procent hänt en klient eller patient och 11 procent har varit tillbud. I början av 2025 lades en ny klassificering till ”annan observation/utvecklingsförslag”, vars andel är 5,5 procent.

43 procent av anmälningarna är relaterade till olycksfall och fallolyckor (figur 2). Antalet anmälningar om fallolyckor och olycksfall ökade avsevärt redan under 2024. Antalet fallolyckor har inte egentligen ökat, utan det är antalet anmälningar om dem som har ökat sedan trygghetstelefontjänsten har anmält dem från och med år 2024. En dryg tredjedel av anmälningarna gällde läkemedels- och vätskebehandling. De vanligaste typerna av incidenter varierar beroende på tjänst.



Figur 2. De vanligaste typerna av incidenter åren 2022–2025

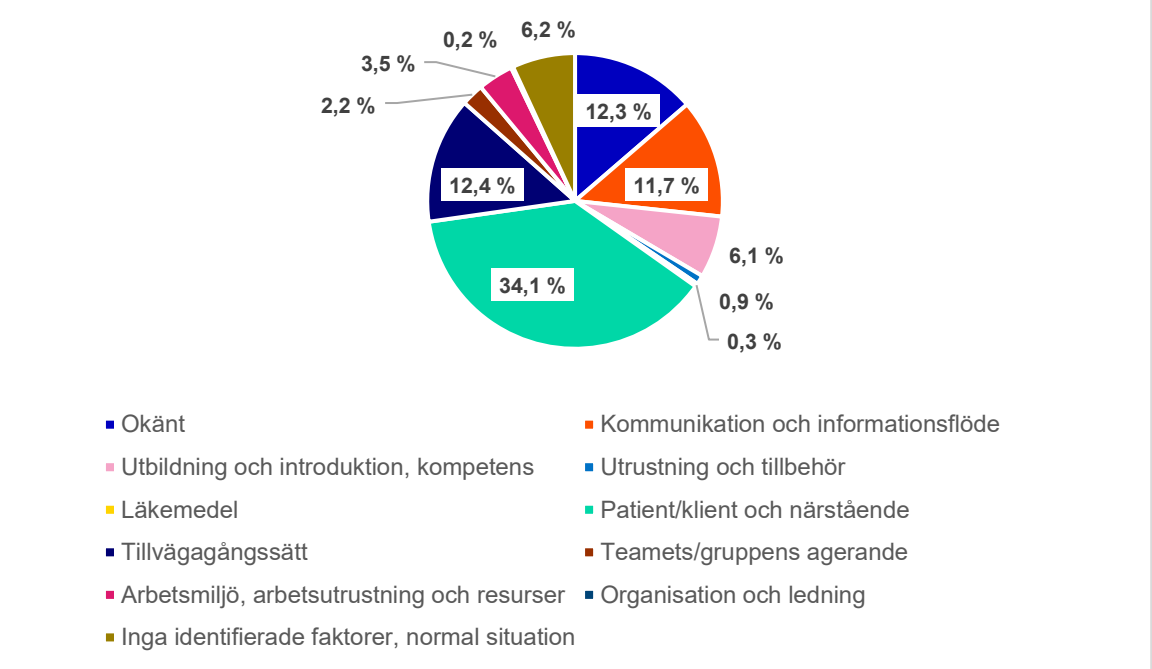
Av de färdigbehandlade anmälningarna har konsekvenserna för klienterna eller patienterna i huvudsak varit lindriga (36 %) eller inte orsakat något men (35 %). Allvarligt men har förekommit i 0,3 procent av anmälningarna, vilket är en aning mindre än förra året. (Figur 3.)



Figur 3. Bedömda följder av incidentanmälningar år 2025

I omkring en femtedel av händelserna identifierades inga bidragande faktorer (figur 4), situationen var normal eller de bidragande faktorerna var okända. De bidragande faktorerna varierar något mellan olika tjänster. I de flesta fall identifierades klienten eller patienten själv som bidragande faktor till händelserna, vilket huvudsakligen torde bero på anmälningarna om fallolyckor. Kommunikationen och informationsflödet samt verksamhetssätten identifierades ofta som bidragande faktorer till händelserna.

Distanstjänster och digitala tjänster identifierades som en bidragande faktor i 219 händelser.



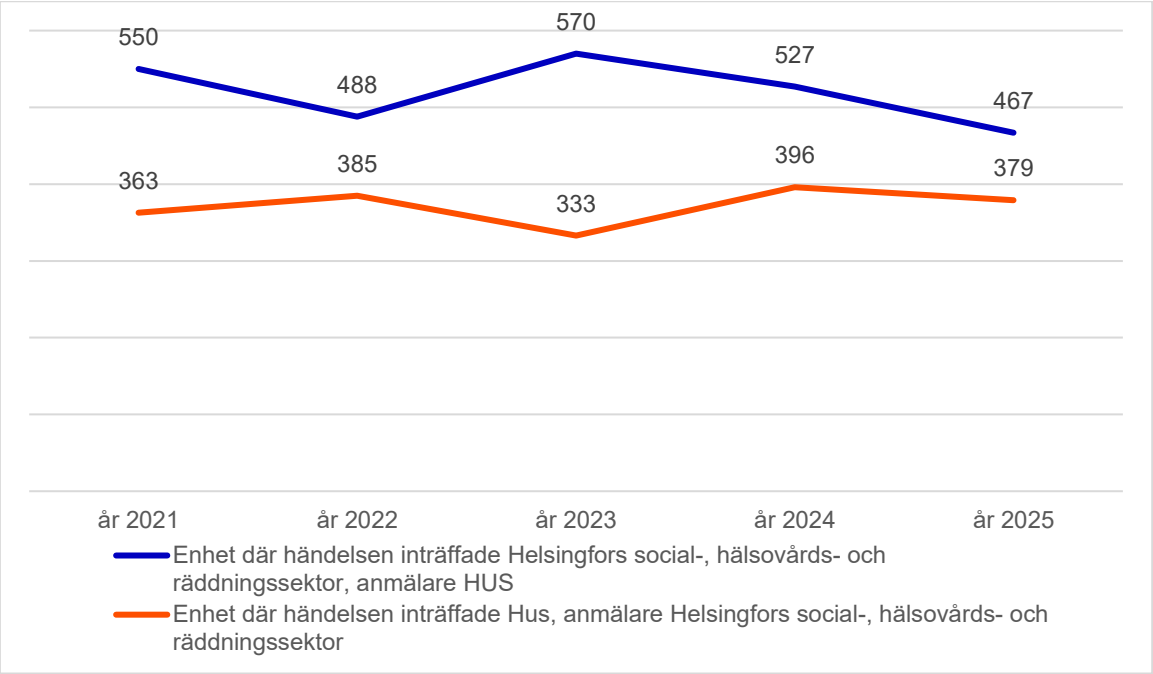
Figur 4. Identifierade bidragande faktorer 2025

Den vanligaste åtgärden för att förhindra att händelsen upprepas var att informera om och diskutera händelsen (79 %). För 4,1 procent av händelserna planerades en utvecklingsåtgärd. Cirka 15 procent av anmälningarna ledde inte till några åtgärder eller har inte registrerats i systemet.

Utvecklingsåtgärder har antecknats i stora mängder i samband med läkemedelsrelaterade incidenter. Man har fäst uppmärksamhet vid till exempel smidigheten i processer som gäller läkemedelsbehandling, genomförandet av dubbelkontroll och registrering av läkemedelsbehandling i klient- och patientdatasystemet. Man fäster uppmärksamhet vid förebyggandet av fallolyckor inom tjänsterna med multiprofessionella förfaringssätt, bl.a. i hemvården används en verksamhetsmodell för förebyggande av fall. I allmänhet har man preciserat anvisningar och tillvägagångssätt samt planerat och anordnat utbildning och kompetensförstärkning för personalen som utvecklingsåtgärder för incidenter.

Under 2025 lades så kallade hot line-indikatorer (never event-händelser) till i HaiPro. Dessa är en lista över allvarliga incidenter som, om de inträffar, äventyrar säker vård, omsorg eller service för klienten eller patienten. Implementeringen pågick ännu under 2025, så det finns inga uppgifter att rapportera.

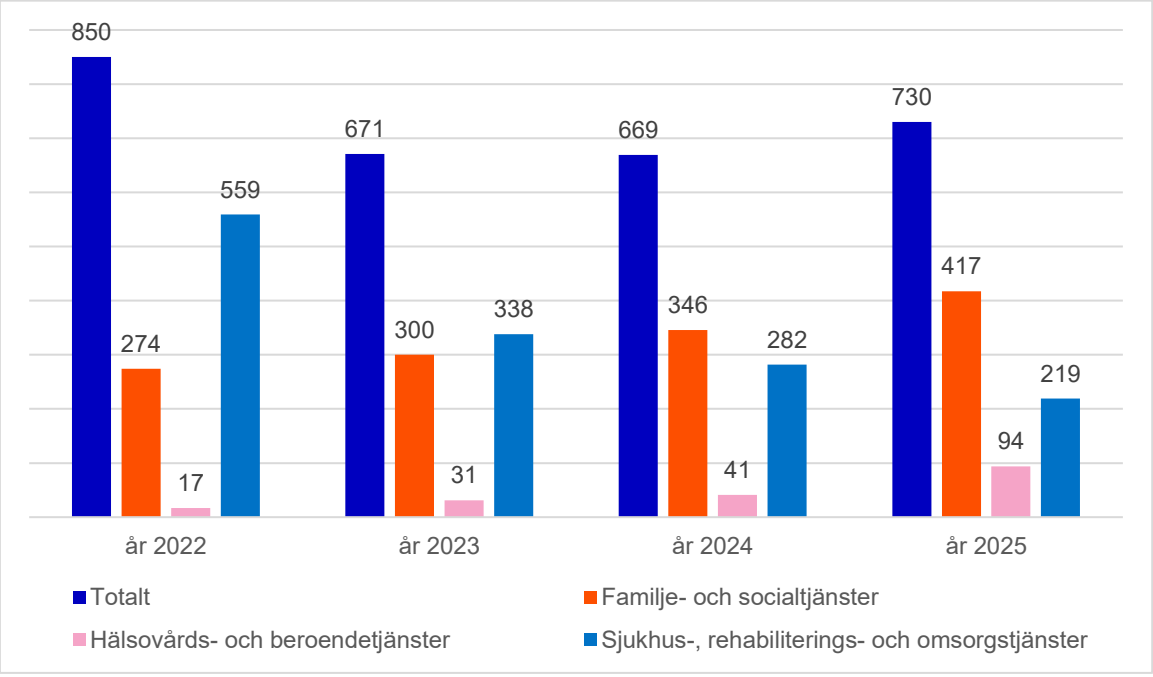
Det är också möjligt att anmäla incidenter mellan Helsingfors social-, hälsovårds- och räddningssektor och HUS (figur 5). Anmälningarna från HUS till social-, hälsovårds- och räddningssektorn gällde oftast laboratorieundersökningar, bilddiagnostik och andra undersökningar samt läkemedelsbehandling. Från Helsingfors till HUS gjordes oftast anmälningar som gällde informationsflödet och informationshanteringen samt tillgången till vård eller tjänster eller deras arrangemang.



Figur 5. Helsingfors – HUS HaiPro-anmälningar åren 2022–2025

5.2. Anmälningar om missförhållanden

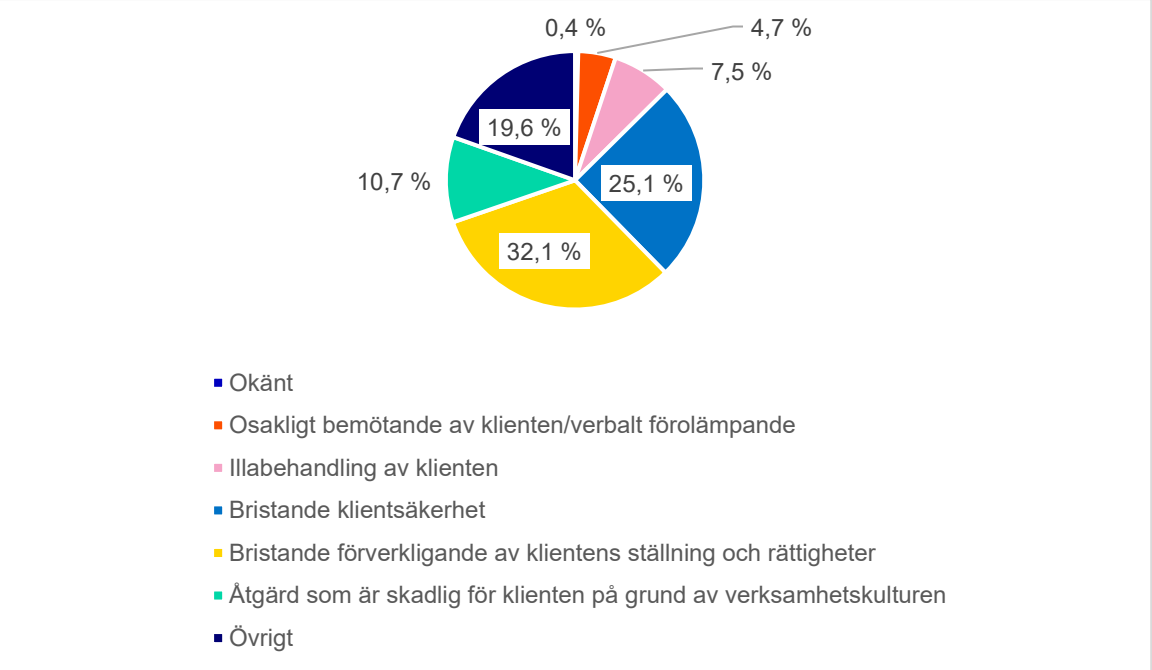
I Helsingfors rapporteras anmälningar om missförhållanden inom socialvården i SPro-systemet. Antalet anmälningar om missförhållanden inom socialvården är betydligt mindre än antalet anmälningar om incidenter (figur 6). År 2025 har antalet anmälningar ökat något från föregående år. Ökningen av antalet anmälningar beror sannolikt på att personalens medvetenhet om tillsynslagens anmälningsskyldighet har ökat.



Figur 6. Anmälningar om missförhållanden inom socialvården åren 2022–2025

Majoriteten (87 %) av anmälningarna handlade om missförhållanden och 13 procent om hot om missförhållanden. Under 2025 gjorde socialarbetare (36 %) och socialhandledare (20 %) flest anmälningar om missförhållanden. Närvårdare gjorde 19 procent av anmälningarna.

En tredjedel av anmälningarna har gällt brister i förverkligandet av klientens ställning och rättigheter (figur 7). En fjärdedel av anmälningarna gällde brister i klientsäkerheten. Kategorin ”övrigt” utgjorde cirka 20 procent. Missförhållanden som anknyter till osakligt bemötande och illabehandling av klienten eller som beror på verksamhetskulturen tas upp. Gällande dessa är det viktigt att vi i fortsättningen har en öppen diskussion om våra verksamhetsprinciper och hur vi bemöter klienterna.



Figur 7. Typer av anmälningar om missförhållanden inom socialvården år 2025

Av de färdigbehandlade anmälningarna har konsekvenserna för klienterna i huvudsak varit lindriga (24 %) eller inte orsakat något men (21 %). Menet bedömdes som måttligt i 20 procent och allvarligt i 4 procent av anmälningarna.

Den vanligaste åtgärden för att förhindra att händelsen upprepas var att informera om och diskutera händelsen (72 %). 12 procent av händelserna hänvisades till en högre nivå i linjeledningen (t.ex. överskötare, hemvårdschef, direktör). För 6 procent av händelserna planerades en utvecklingsåtgärd. Cirka 7 procent av anmälningarna ledde inte till några åtgärder. De vanligaste utvecklingsåtgärderna gällde verksamhetssätt och förfaranden samt informationsförmedling och kommunikation.

5.3. Anmälningar om incidenter av klienter, patienter och närstående

En rapporteringskanal där klienter, patienter och närstående kan anmäla incidenter togs ibruk år 2024. Anmälan kan göras på social-, hälsovårds- och räddningsväsendets webbplats eller via en QR-kod. Anmälningar görs anonymt. Anmälningar som görs via rapporteringskanalen styrs till HaiPro-systemet för rapportering av incidenter i anknytning till klient- och patientsäkerheten och vidare till enheten där händelsen inträffade för behandling och åtgärder. Uppgifterna används för utveckling av tjänsterna på samma sätt som de HaiPro-anmälningar som personalen gör. Under 2025 mottogs 90 anmälningar gällande servicehelheter. Utöver dessa kunde vissa anmälningar inte styras till enheterna

för behandling på grund av bristfälliga uppgifter om händelseplatsen. De flesta anmälningarna gällde informationsflöde eller informationshantering, läkemedelsbehandling eller tillgång till eller organisering av vård/tjänster. Den vanligaste åtgärden för att utveckla verksamheten var att man har gått igenom anvisningar och praxis för händelsen i fråga med personalen.

5.4. Allvarliga incidenter

Klient- och patientsäkerhetsstrategin och dess genomförandeplan 2022–2026 syftar till att Finland senast år 2026 ska ha infört rekommendationer som baserar sig på den bästa forskningen för att säkerställa säkerheten. Ett av målen mot denna vision i genomförandeplanen är att serviceenheterna ska införa förfaranden för bedömning av allvarliga incidenter. Guiden Utredning av allvarliga incidenter har utarbetats för att vägleda genomförandet av utredningen av allvarliga incidenter inom social- och hälsovårdens organisationer. Guiden uppdaterades hösten 2023.

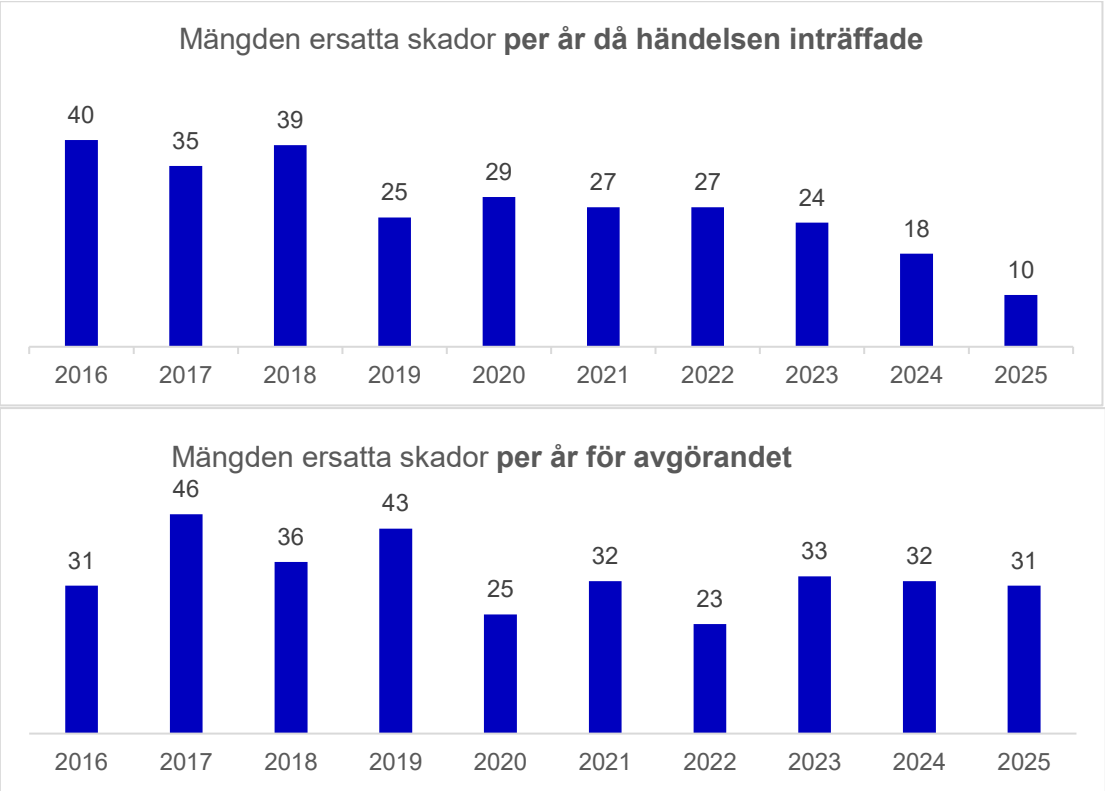
Hanteringen av allvarliga incidenter är ett centralt förfarande för utveckling av klient- och patientsäkerheten. Att lära av incidenter kräver både kontinuerlig uppföljning av händelser med lägre risk och mer djupgående utredning av händelser med allvarligare effekter. Hanteringen av allvarliga incidenter och missförhållanden i våra egna tjänster sker i HaiPro- och SPro-systemen i delen Hantering av allvarliga händelser.

En allvarlig incident eller ett allvarligt missförhållande har orsakat eller nästan orsakat betydande men eller betydande permanent men för klienten eller patienten eller har orsakat allvarlig fara för dennes liv eller säkerhet. En allvarlig incident eller ett allvarligt missförhållande kan också ha drabbat en stor grupp människor. Med allvarligt men avses en situation som lett till dödsfall, livshotande händelse, inledande eller fortsättning av sjukhusvård, permanent eller betydande skada och funktionsnedsättning eller -hinder eller annan särskilt allvarlig händelse.

Sektorn har ett direktiv för hantering av allvarliga incidenter och missförhållanden som beskriver tillvägagångssätten och hanteringsprocessen. Särskild uppmärksamhet fästs vid utvecklingen av verksamheten utifrån incidenter och hantering av missförhållanden. År 2025 behandlades 18 allvarliga missförhållanden eller incidenter närmare.

5. Patientskador

Mängden ersatta patientskador erhålls från Patientförsäkringscentralen via Potilasvahinkoportti. Patientskadorna i HUS-områdets välfärdsområden och Helsingfors stad registreras i HUS-områdets statistik. Patientförsäkringscentralen statistikförde de ersatta skadeanmälningarna enligt året de inträffade och året de avgjordes. År 2025 gjordes 288 anmälningar om patientskador som gällde Helsingfors.



Figur 8. Mängden ersatta patientskador i Helsingfors social-, hälsovårds- och räddningssektor per år då händelsen inträffade och avgjordes 2016–2025 (data hämtade 2/2026)

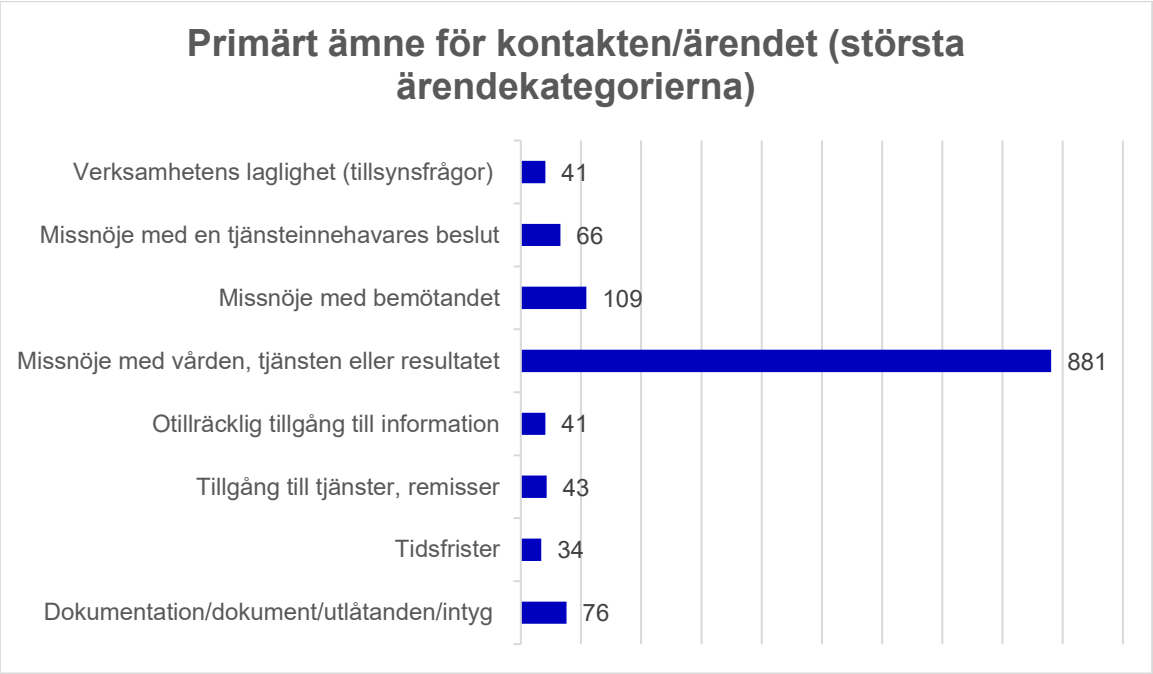
6. Anmärkningar och klagomål

Primärt strävar vi efter att erbjuda klienterna, patienterna och deras närstående möjlighet att öppet diskutera missförhållanden som de upplever i tjänsten eller vården. Vi erbjuder också olika kanaler för att ge kundrespons. I slutet av 2024 tog vi också i bruk en anonym kanal för klienter och deras närstående för rapportering av incidenter och missförhållanden i anknytning till klient- och patientsäkerheten. Den anonyma kanalen gör det emellertid inte möjligt att svara direkt till klienten eller någon annan som gjort anmälan.

Utöver att informera om möjligheten att ge respons informerar vi också klienter och patienter om deras rätt att göra en anmärkning om sitt bemötande vid socialvårdsenheten eller inom socialvård som anordnats på annat sätt eller om sin vård eller sitt bemötande inom hälsovården.

År 2025 gjordes sammanlagt 1 251 st. anmärkningar och 132 st. klagomål till Helsingfors social-, hälsovårds- och räddningssektor. Detta innebär en ökning med cirka 4,5 procent i antalet anmärkningar och en ökning med över 20 procent i antalet klagomål jämfört med 2024. Av de sammanlagda anmärkningarna och klagomålen riktades flest till hälsostationer och polikliniken för inremedicinska sjukdomar (ca 30 %), barnskyddet och familjearbetet som helhet (ca 11 %), Helsingfors sjukhus (ca 10 %) och psykiatrin (ca 7,5 %).

De viktigaste temorna i klagomålen och anmärkningarna var missnöje med vården, tjänsten eller vårdresultatet (ca 64 %) samt missnöje med bemötandet (ca 8 %).



Figur 9. De primära statistikförda orsakskategorierna för klagomål och anmärkningar år 2025.

Klienten eller patienten själv är oftast upphovsman i anmärkningar (60 %) och klagomål (52 %). Dessutom är klientens eller patientens lagliga företrädare eller anhörig i väldigt många fall den som utfärdar anmärkningen (14 %/24 %) eller klagomålet (11 %/14 %). Dessutom har 17 procent av klagomålen anhängiggjorts av en tillsynsmyndighet.

En rimlig svarstid har fastställts för anmärkningar och klagomål, som i allmänhet är en månad från det att enheten har fått kännedom om anmärkningen och klagomålet. Av anmärkningarna besvarades 66 procent och av klagomålen 70 procent inom tidsfristen; för 17 procent av klagomålen och en procent av anmärkningarna begärdes mer svarstid. Tillvägagångssätten för att besvara anmärkningar och klagomål från klienter fastställs i en stående anvisning.

Anmärkningar och klagomål gällande enhetens verksamhet behandlas vid enheten och observerade kvalitetsavvikelser åtgärdas omedelbart. Dokument, utredningar och skriftliga svar som gäller anmärkningar och klagomål förvaras åtskilda från dokument som gäller klientens/patientens vård.

Missförhållanden som observerats utifrån anmärkningar och klagomål och utvecklingsåtgärder som vidtagits utifrån dem registreras och genomförandet av dem följs upp på samma sätt som åtgärder som vidtagits med stöd av andra observerade avvikelser. Processen för behandling av anmärkningar och klagomål beskrivs i enhetens plan för egenkontroll.

7. Säker läkemedelsbehandling

Säker läkemedelsbehandling är en central del av patientsäkerheten. Tillsynen av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården garanterar kvaliteten på den vård som ges till patienterna och främjar patientsäkerheten. Kraven på yrkesverksamma personer inom hälso- och sjukvården har fastställts i lagen om yrkesutbildade personer inom hälsovården (559/1994).

Vid fastställandet av enhetlig praxis för läkemedelsbehandlingstillstånd har man tidigare samarbetat med Nylands arbetsgrupp för läkemedelstillstånd (tidigare PKS-

arbetsgruppen för läkemedelstillstånd). År 2025 upphörde dock den praxis för läkemedelsbehandlingstillståndsprocessen som Nylands arbetsgrupp för läkemedelstillstånd skapade i och med social- och hälsovårdsreformen. Varje välfärdsområde utarbetar själv sina egna tillståndsprocesser för läkemedelsbehandling.

Sektorns direktiv Säker läkemedelsbehandling uppdaterades år 2023**.** Mallen för planen för läkemedelsbehandling granskas och vid behov uppdateras årligen. Inlärningsmiljön för läkemedelsbehandlingstillstånd och den fortbildning som anknyter till och föregår läkemedelsbehandlingstillståndet är Kunnande i läkemedelsbehandling på nätet (LOVe).

	LOP – grundkunskaper i läkemedelsbehandling	**IV** – Intravenös läkemedels- och vätskebehandling	**KIPU** – Läkemedelsbehandling vid smärta	**PSYK** – Läkemedelsbehandling av psykiska störningar samt alkohol- och drogberoende	**MiniLOP** - Kompetens i läkemedelsbehandling som gäller en enskild patient, ett enskilt läkemedel eller en enskild administreringsväg
Sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänster					
nv	66		110	46	
ss, hv	282	100	294	81	
soc. yrkespers					25
Hälsovårds- och beroendetjänster					
nv	106		111	42	
ss, hv	349	50	26	219	
soc. yrkespers					8
Familje- och socialtjänster					
nv	212		100	50	
ss, hv	123	6	178	182	
soc. yrkespers	17			76	115
***social- och hälsovården totalt**	**1 155**	**156**	**819**	**696**	**148**

Tabell 1. Personer som deltog i utbildningen Kunnande i läkemedelsbehandling på nätet år 2025

År 2025 ansvarade servicehelheterna själva för personalens övriga fortbildning i läkemedelsbehandling. Utbildningen anordnades centralt enligt följande:

- Stödutbildning i läkemedelsbehandling (1 dag) för närvårdare genomfördes som fyra kurser i samarbete med Stadin ammatti- ja aikuisopisto
- Utbildning i läkemedelsbehandling för personer som inte utbildats i läkemedelsbehandling (1 sp) genomfördes som sex kurser. Utbildningarna genomfördes i samarbete med Stadin ammatti- ja aikuisopisto

Dessutom var temat för år 2025 säker läkemedelsbehandling och för personalen anordnades sammanlagt 8 utbildningstillfällen om olika ämnen via Teams.

HUS Apotek genomförde 248 st. sjukhusapoteksbesök som Fimea förutsatte samt 8 avtalsenlig auditering av läkemedelssäkerheten.

8. Infektionssäkerhet

Sektorn har en utsedd hygienkommitté som följer upp och övervakar situationer med skadliga mikrober i alla våra egna social- och hälsovårdstjänster samt vårdrelaterade infektioner och epidemier. Hygienkommittén planerar, utvecklar och leder hygienarbetet. Kommittén sammanträder två gånger per år. I den ingår infektionsläkare och hygieniskötare. I kommittén finns också representanter för social- och hälsovårdstjänsternas olika enheter samt HUS Apotek och stödtjänster.

Dessutom finns det hygienarbetsgrupper på varje stadssjukhus, inom heldygnsomsorg och hemvård. Deras uppgift är att utveckla och upprätthålla infektionsbekämpningen enligt hygienkommitténs anvisningar. Arbetsgrupperna sammanträder 1–2 gånger per år. Sjukhusens arbetsgrupper består av infektionsläkare, hygieniskötare och representanter från avdelningar och andra yrkesgrupper, vilket möjliggör förmedling av information till fältet.

8.1. Förbrukning av handsprit

Användning av handsprit är det viktigaste enskilda sättet att bekämpa vårdrelaterade infektioner och spridning av multiresistenta bakterier och andra mikrober. Uppdateringen av handspritsuppföljningen i Helsingfors har pågått, men den är ännu inte klar. Därför publicerar vi inte handspritsstatistik för 2025.

Utgående från observationsresultaten av genomförandet av handhygien på avdelningarna och antalet beställda litrar av handsprit på avdelningarna kan man dock dra slutsatsen att siffrorna fortfarande är lägre än målvärdet, som är 100 l/1 000 vårddagar på Helsingfors sjukhus. Målet för handsprit på seniorcentren är 70 liter/1 000 vårddagar.

8.2. Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Vårdrelaterade infektioner är infektioner som har uppkommit eller fått sin början under vården eller omsorgen. Uppföljning och förebyggande av dem är lagstadgat (lagen om smittsamma sjukdomar) och en viktig del av arbetet med att bekämpa vårdrelaterade infektioner. De vanligaste vårdrelaterade infektionerna är urinvägsinfektioner, lunginflammation, nedre luftvägsinfektioner och gastroenteriter som börjat på sjukhus samt Clostridioides difficile. Uppföljningen av incidensen av vårdrelaterade infektioner baseras på avdelningarnas anmälningsaktivitet.

På Helsingfors sjukhus gjordes år 2025 totalt 593 anmälningar om vårdrelaterade infektioner, varav 289 i Dal, 154 i Malm och 150 i Storkärr. Sammanlagt 188 vårdrelaterade coronavirusinfektioner anmäldes på Helsingfors sjukhus, vilket är 32 procent av alla VRI-anmälningar. Våren 2025 genomfördes egna prevalensundersökningar på sjukhusen i Helsingfors, där man kartlade vårdrelaterade infektioner, antalet kvarliggande katetrar och antalet kanyler per avdelning. På Helsingfors sjukhus genomfördes i oktober–november en prevalensundersökning som organiserades av HUS mobilenhet. Helsingfors sjukhus var ett av 16 deltagande sjukhus.

Multiresistenta mikrober och Clostridioides difficile
Med multiresistenta bakterier avses bakterier som är resistenta mot många av de antibiotika som vanligen används för att behandla infektioner. Bland de multiresistenta bakterierna förekommer mest MRSA- och ESBL-stammar.

Mängden nya MRSA-bärare i Helsingfors
År 2025 upptäcktes 438 nya MRSA-fynd hos invånarna i Helsingfors. Majoriteten av MRSA-fynden kom från prover som tagits på HUS verksamhetsställen och cirka en tredjedel från prover som tagits på Helsingfors enheter. Antalet MRSA-fall på sjukhusen minskade något. År 2025 förekom det flera epidemier i enheterna för boendetjänster för äldre och flera nya MRSA-bärare upptäcktes än året innan.

Antalet MRSA-fall på sjukhus år 2025 var cirka 10 procent av alla prover som togs på olika verksamhetsställen i Helsingfors. Inom beroendetjänsterna har man satsat på MRSA-screening bland användare av intravenösa droger. Bland nya MRSA-fall har andelen personer som använder droger genom injektion ökat något jämfört med föregående år, då de var cirka 27 procent av alla fynd. År 2025 förekom fem MRSA-epidemier. En epidemi förekom på Helsingfors sjukhus och fyra epidemier i enheterna för boendetjänster för äldre, som gav upphov till flera nya MRSA-bärare.

Mängden nya ESBL-bärare i Helsingfors
Mängden nya ESBL-bärare har förblivit nästan oförändrad år 2025 jämfört med föregående år. I mars 2025 upphörde man med statistiken över ESBL *E. coli* i registret över bärare av multiresistenta mikrober och sedan dess har endast ESBL Klebsiella pneumoniae-fynd registrerats. Mängden fynd av ESBL Klebsiella pneumoniae år 2025 har minskat på Helsingfors sjukhus.

Majoriteten av ESBL-fynden är ESBL E.coli-bakterier. Andelen ESBL Klebsiella pneumonier, som är av betydelse för sjukhushygienen, är 12 procent av alla ESBL-fynd i Helsingfors. Det förekom inga ESBL Klebsiella pneumoniae-epidemier på Helsingfors sjukhus år 2025.

Clostridioides difficile-infektioner i Helsingfors
Clostridioides difficile-infektionerna har minskat avsevärt på Helsingfors sjukhus under de senaste 10 åren. Det är anmärkningsvärt att sjukhusens fynd minskar samtidigt som antalet fynd utanför sjukhusen ökar. De viktigaste åtgärderna för att förebygga Clostridioides difficile-infektioner är: förnuftig användning av antibiotika, försiktighetsåtgärder vid kontakt med Clostridioides-patienter och rengöring av Clostridioides-patienters omgivning med ett rengöringsmedel som är effektivt mot Clostridioides-sporer.

9. Medicinteknisk säkerhet

Helsingfors social- och hälsovårdstjänster använder två separata system för registrering av medicintekniska produkter och hjälpmedel (lagen om medicintekniska produkter 719/2021). Det ena systemet är avsett för hantering av enheternas utrustning och det andra för hjälpmedelstjänsterna. Registren upprätthölls genom att inventera utrustningen under kalenderåret.

Underhållet av medicintekniska produkter och hjälpmedel har utförts i enlighet med de regelbundna underhållsprogram som fastställts av tillverkarna samt standarden SS-EN 60601-1 elektrisk utrustning för medicinskt bruk.

Digitala utrustningspass (Laatuportti) togs i bruk tjänstevis under 2025. I systemet sätter sig arbetstagarna in i användningen av den utrustning de behöver i sitt arbete och registrerar den utförda kompetensen.

År 2025 gjordes totalt 326 HaiPro-anmälningar som gällde medicinteknisk utrustning, tillbehör eller datasystem. Bland anmälningarna finns även sådana som rör själva medicintekniska produkterna (t.ex. olika larmsystem). Det är emellertid viktigt att även i fortsättningen rapportera sådana händelser på vanligt sätt. 43 anmälningar gällde kund-

och patientdatasystemet. Av de anmälningar som gjordes om medicintekniska produkter och datasystem var endast tre sådana som gjordes enligt yrkesmässiga användares rapportering om tillbud gällande en medicinteknisk produkt (Fimeas föreskrift 1/2023). Denna anmälan ska göras för alla tillbud med medicintekniska produkter som är relaterade till fel på produkten, funktionsstörningar, bristfälliga bruksanvisningar eller liknande.

10. Stärkande av klienternas och patienternas delaktighet

Att stärka klienternas delaktighet ökar välbefinnandet och ger möjlighet att göra tjänsterna mer användarorienterade. Delaktighet innebär att bli hörd i sin egen tjänst samt möjligheter till delaktighet i vardagen och i närmiljön. Delaktighet kan stärkas till exempel genom att stödja individens deltagande i verksamhet med låg tröskel i det egna bostadsområdet eller planeringen av vardagen vid det egna serviceboendet med heldygnsomsorg. Metoder för delaktighet är bland annat mångsidig insamling och utnyttjande av kundrespons, olika enkäter, intervjuer, kundråd samt utnyttjande av erfarenhetsexperternas kompetens.

Inom sektorn har man genomfört en delaktighetsplan godkänt av social-, hälsovårds- och räddningsnämnden, vars prioriteringar under åren 2023–2025 var att stärka delaktighetsupplevelsen, delaktighetskompetensen och -förståelsen samt flerstämmigheten. En rapport om åtgärderna i delaktighetsplanen har upprättats för nämnden. Den kommer att publiceras under våren 2026 på stadens webbsida Delta och påverka. Enheternas planer för egenkontroll beskriver verksamhetspraxis och -metoder som möjliggör och stöder delaktighet och som förverkligas i enhetens verksamhet.

Årsöversikt för kundupplevelsen 2025 rapporterar vi resultaten av kundupplevelsen inom olika tjänster samt respons vi samlat från olika kanaler. I översikten informerar vi också om aktuella ämnen gällande delaktighet och kundorienterad utveckling. Resultaten från mätningen av kundupplevelsen utnyttjas som en del av kunskapsbaserat ledarskap och utvecklingen av verksamheten. Rapporten publiceras fyra gånger om året på vår webbplats och information om den ges både till personalen och invånarna.

11. Personalens delaktighet

Utan personalens kompetens, deltagande och aktivitet kan klient- och patientsäkerheten inte förverkligas. Kvalitetshantering och säkerhet sker i första hand utifrån personalens observationer, åtgärder och förslag till korrigering. Det är också viktigt att utnyttja information om klient- och patientsäkerheten som en del av den övriga ledningen samt att möjliggöra fortbildning för personalen.

Vi stödjer personalen i att rapportera missförhållanden som de upptäcker med låg tröskel och i behandlingen av dem fokuserar vi på en öppen kultur som inte skuldbelägger någon. Vi utreder saker som lett till situationen på systemisk nivå i stället för att leta efter skyldiga. Avvikelser behandlas gemensamt i arbetsenheterna och alla uppmuntras att ta upp sina utvecklingsförslag.

På intranätet finns en webbplats för klient- och patientsäkerhet som är tillgänglig för hela personalen. Där har man samlat allmän information om klient- och patientsäkerhet och berättar om sektorns egen verksamhet för att främja säkerheten. Utbildningar och olika informationstillfällen anordnas regelbundet.

12. Social- och patientombudens observationer

Social- och patientombudens uppgift är att ge råd och vägledning i frågor som gäller tillämpningen av lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000) och lagen om patientens ställning och rättigheter (758/1992), ge råd och vid behov bistå vid upprättandet av en anmärkning samt ge råd vid anhängiggörandet av ett klagomål, en anmälan om patientskada eller ett annat ärende som gäller rättsskyddet för en patient eller klient. De har också i uppgift att informera om klientens och patientens rättigheter samt att även i övrigt verka för att främja och förverkliga klientens och patientens rättigheter. Dessutom följer social- och patientombudet upp utvecklingen av klienternas och patienternas rättigheter och ställning och ger årligen en utredning om detta.

Social- och patientombuden kontaktas i situationer där det finns missnöje med vården eller tjänsten eller behov av information om klientens och patientens rättigheter inom social- och hälsovården eller småbarnspedagogiken. Social- och patientombuden kontaktades 2 876 gånger år 2025. En kontakt avser i statistiken en ärendehändelse som kan innehålla en eller flera kontakter, såsom ett samtal, e-post, assistans, ombudets kontakt med en service- eller vårdenhet eller till exempel deltagande i ett vårdmöte eller en förhandling. Orsakerna till kontakterna har förblivit ganska oförändrade de senaste åren.

Strax under hälften (43 %) av kontakterna gällde Helsingfors stads hälso- och beroendetjänster. Kontakterna gällande familje- och socialtjänster utgjorde 14 procent och kontakterna gällande sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänster 13 procent. Fördelningen av kontakter mellan servicehelheterna har förblivit ganska oförändrad jämfört med 2024 (hälso- och beroendetjänster 43 %, familje- och socialtjänster 14 %, sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänster 12 %).

Oftast kontaktades ombudet av den berörda personen själv (73 %). 16 procent av kontakterna kom från en anhörig eller närstående. I fyra procent av fallen kom kontakten från vårdnadshavaren till ett minderårigt barn, i tre procent från en laglig företrädare, i två procent från personalen och i de övriga två procenten från någon annan person.

Kontaktspråket var huvudsakligen finska (95 %). Fyra procent av kontakterna var på engelska och en procent på svenska. Tolkning användes knappt tio gånger.

Kontakter som gällde **hälso- och beroendetjänster** var 1 319 år 2025. Av kontakterna gällde 63 procent hälsostationer och inremedicinska polikliniken, 21 procent psykiatri, 10 procent munhälsovård och 5 procent boende-, kris- och beroendetjänster. De vanligaste orsakerna till kontakten var missnöje med vården, vårdbeslut/lösning eller diagnos, interaktion eller bemötande och tillgång till vård.

Ombuden mottog 431 kontakter som gällde **familje- och socialtjänster** år 2025. Av kontakterna gällde 36 procent tjänster för unga och vuxensocialarbete, 33 procent barnskydd och familjesocialarbete, 19 procent funktionshinderservice och 10 procent välfärds- och hälsotjänster för barnfamiljer. De vanligaste orsakerna till kontakter var missnöje med tjänsten, interaktion och bemötande samt tjänsteinnehavarens beslut.

Ombuden mottog 373 kontakter gällande **sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänster** år 2025. Av kontakterna gällde 35 procent Helsingfors sjukhustjänster, 22 procent bedömningsverksamhet, 22 procent hemvård och 20 procent seniorcentren.

De vanligaste orsakerna till kontakter var missnöje med vården, interaktion eller bemötande, samförstånd och delaktighet samt vårdbeslut/lösning eller diagnos.

13. Klient- och patientsäkerhetsstrategin och självutvärdering 2025

År 2022 publicerade SHM den nationella Klient- och patientsäkerhetsstrategin och genomförandeplanen för åren 2022–2026 samt år 2023 Klient- och patientsäkerhetsstrategins handlingsprogram för tjänsteanordnare och tjänsteproducenter inom social- och hälsovården 2022–2026. Handlingsprogrammet konkretiserar strategins genomförandeplan, det vill säga omvandlar planen till praktiska uppgifter eller verktyg som främjar uppnåendet av målen.

Som en del av uppföljningen av genomförandeplanen har klient- och patientsäkerhetscentret utarbetat ett självutvärderingsverktyg för välfärdsområdena, med hjälp av vilket tjänsteanordnare och -producenter systematiskt kan identifiera styrkor och utvecklingsbehov i genomförandet av strategin samt följa upp sina egna framsteg fram till slutet av strategiperioden. Verktyget följer innehållet i den nationella klient- och patientsäkerhetsstrategin och genomförandeplanen.

Vi använde verktyget för självutvärdering för första gången 2023. Vi satte då upp ett mål om att betona förverkligandet av de lagstadgade målen. Främjandet av strategin har framskridit planmässigt. När vi granskar översikten över självutvärderingen kan vi konstatera att situationen i Helsingfors vad gäller genomförandet av strategin och dess indikatorer är god och att strategin enligt resultaten för 2025 främjas enligt planen, med huvudfokus på genomförande av lagstadgade uppgifter på ett högklassigt sätt (Figur 10). Genomförandet av klient- och patientsäkerhetsstrategin främjas som en del av den övriga utvecklingen och lagändringsarbetet.

Olika strategiska spetsar, målsättningar och dessas genomförandeprocent:

Spets 1	Spets 2	Spets 3	Spets 4
Helhet **Tillsammans med klienterna och patienterna**	**Helhet** **Välmående och kompetent personal**	**Helhet** **Säkerheten först i alla organisationer**	**Helhet** **Vi förbättrar det som redan finns**
84 %	**86 %**	**75 %**	**85 %**
Mål 1.1 Vi ökar delaktigheten för att förbättra säkerheten 79 %	Mål 2.1 Vi säkerställer säkerhetskompetensen och ökandet av den under hela karriären 81 %	Mål 3.1 Öppen och tillgänglig information styr vår verksamhet och ökar säkerheten 79 %	Mål 4.1 Vi ökar säkerheten vi behandling med läkemedel genom gemensamma rutiner 86 %
Mål 1.2 Vi främjar klient- och patientsäkerhetsarbetet i samma takt 96 %	Mål 2.2 Vi skapar säkerhet genom att främja arbetshälsan 100 %	Mål 3.2 Vi säkerställer distanstjänster och digitala tjänster som är trygga för alla 69 %	Mål 4.2 Vi sörjer för säkerheten vid användning av utrustning och informationssystem 92 %
Mål 1.3 Klienternas, patienternas och de närståendes erfarenheter styr utvecklandet av våra tjänster 77 %	Mål 2.3 Vi förbättrar säkerheten genom aktivt ledarskap 78 %	Mål 3.3 Säkerhetskulturen ligger som grund för vår verksamhet 77 %	Mål 4.3 Vi förenhetligar god infektionsbekämpningspraxis 76 %

Figur 10. Översikt över självutvärderingen av klient- och patientsäkerhetsstrategin 2025

I samband med utarbetandet av självutvärderingen uppstod utvecklingsförslag och åtgärder för år 2026; till exempel främjar vi klienternas deltagande genom att introducera klientutvärdering av rapporteringen av egenkontroll.

13.1. Kvantitativa indikatorer för klient- och patientsäkerhet

År 2024 publicerades en rapport om kvantitativa klient- och patientsäkerhetsindikatorer, som utarbetats av Konsensusgruppen för klient- och patientsäkerhetsindikatorer vid Klient- och patientsäkerhetscentret. Rapporten är välfärdsområdenas gemensamma syn på den första fasen av kvantitativa klient- och patientsäkerhetsindikatorer. Indikatorn baserar sig på VN-TEAS-projektets indikatorer i "Patient- och klientsäkerhetens lägesbild och uppföljningsförfaranden: Förslag till lokal, regional och nationell uppföljning" från 2021, bland vilka arbetsgruppen valde de mest lämpliga indikatorerna att börja med.

I Helsingfors social-, hälsovårds- och räddningssektor har vi fastställt att vi ska ta i bruk tillgängliga indikatorer och främja införandet av andra tillämpliga indikatorer.

14. Avslutningsvis

Under 2025 har vi fortsatt fokuserat på verkställandet av tillsynslagen och utvecklingen av egenkontrollen, klient- och patientsäkerhetsrapporteringen samt prioriterat nödvändiga åtgärder. Uppföljningen av egenkontrollen är mer systematisk och regelbunden. Sammantaget verkar det att den skärpta ekonomiska situationen eller den förändrade lagstiftningen inte har haft negativ inverkan på klient- och patientsäkerheten, åtminstone inte vad gäller de indikatorer vi följer.

Baserat på självutvärderingen av klient- och patientsäkerhetsstrategin för 2025 lyfte vi fram följande som utvecklingsobjekt för 2026:

- Vi rapporterar uppgifter om egenkontroll samt klient- och patientsäkerhet till nämnden.
- Vi utreder införandet av indikatorn personalens säkerhetsbild som en del av personalenkäterna Kommun10 och Fiilari. ”Jag skulle känna mig trygg, om jag var klient eller patient vid min egen enhet” (bedömning 1–5).
- Vi stärker klienternas deltagande:
    - Vi pilottestar medlemskap som erfarenhetsexperter vid vissa möten i uppföljningsgruppen för klient- och patientsäkerhet samt egenkontroll.
    - Vi pilottestar kundutvärdering av rapporteringen av egenkontroll.
- Vi förbereder en checklista som stöd för egenkontrollen och för övervakningen av de lagstadgade skyldigheterna inom utrustningshanteringen.
- Vi stärker hela social- och hälsovårdspersonalens medvetenhet och kompetens om infektionsbekämpning. → Temaåret för infektionsbekämpning 2026

Helsingfors